FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ée THÈSE N°

POUR

[L]E DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 16 juin 1887, à 1 heure

PAR JACQUES FAUVEL,
Né à Montgardon (Manche), le 9 août 1858.
Interne des hôpitaux de Rouen,
Lauréat de l'Ecole de médecine de Rouen,
Prix Pillore (médaille d'or, 1000 fr.), 1883-1884.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DERMOÏDES MÉDIANS DU COU

SITUÉS DANS L'ESPACE THYRO-HYOIDIEN

Président : M. PANAS, *professeur*.

Juges : MM. POLAILLON, *professeur*, BOUILLY, PEYROT, *agrégés*.

[Le] Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME, ET RUE CORNEILLE, 2

1887

86

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.................. M. BROUARDEL.
Professeurs........... MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	N.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO. DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	
Clinique médicale	G. SEE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	N...

Doyen honoraire : M.

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	HUMBERT.	QUINQUAUD.	RICHET (Ch.).
BOUILLY.	HUTINEL.	RAYMOND.	ROBIN (Albert).
BUDIN.	JOFFROY.	RECLUS.	SEGOND.
CAMPENON.	KIRMISSON.	REMY.	STRAUS.
DEBOVE.	LANDOUZY.	RENDU.	TERRILLON.
GUEBHARD.	PEYROT.	REYNIER.	TROISIER.
HALLOPEAU.	PINARD.	RIBEMONT-DESSAIGNES.	VILLEJEAN.
HANOT.	POUCHET.	RICHELOT.	
HANRIOT.	QUENU.		

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PANAS

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES DERMOIDES MÉDIANS

DU COU

SITUÉS DANS L'ESPACE THYRO-HYOIDIEN

PRÉLIMINAIRES

Dans le cours de nos études médicales, nous avons eu l'occasion, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, d'observer, dans le service de M. le Dr Duménil, professeur de clinique chirurgicale, un cas de kyste dermoïde congénital de la région hyo-thyroïdienne, chez un homme dont le frère jumeau avait eu lui aussi la même affection. Nous avons pensé qu'il serait intéressant de publier ces deux faits, et d'en faire le point de départ de notre thèse inaugurale.

Mais avant de relater ces deux observations, nous ferons rapidement l'histoire des kystes dermoïdes de la région hyo-thyroïdienne; nous aborderons ensuite

qui se réunissent en un feuillet unique, au-dessous duquel existe une couche de tissu conjonctif beaucoup plus lâche que la précédente.

Le peaucier, qui n'existe pas sur la ligne médiane, se trouve compris sur les parties latérales, entre les deux feuillets résultant du dédoublement de la couche lamellaire sous-cutanée.

Au-dessous, on rencontre l'aponévrose, dite cervicale superficielle, continuation de celle de la région sus-hyoïdienne, et qui, comme elle, présente de grandes différences selon les sujets et les sexes; peu marquée chez la femme, elle est très forte et résistante chez les hommes fortement musclés et un peu maigres; simple supérieurement et sur la ligne médiane, elle enveloppe sur les côtés dans ses dédoublements les muscles sterno-mastoïdiens et s'insère inférieurement au bord supérieur du sternum et des clavicules.

Cette aponévrose enlevée, on trouve dans l'espace thyro-hyoïdien la partie supérieure des muscles sterno-hyoïdiens, qui sont unis, à cet endroit, sur la ligne médiane par une lame aponévrotique; très rapprochés en haut, ils s'écartent d'autant plus qu'ils s'éloignent davantage de l'os hyoïde.

Dans l'intervalle triangulaire qui les sépare, on peut voir, lorsque l'aponévrose est enlevée, la membrane thyro-hyoïdienne.

En dehors de l'extrémité supérieure du muscle sterno-hyoïdien et sur le même plan que celle-ci, on trouve la partiesupérieure du muscle scapulo-hyoïdien.

En arrière de ces deux muscles on rencontre le

thyro-hyoïdien, qui se trouve appliqué sur les parties latérales du larynx.

La membrane thyro-hyoïdienne est située au-dessous de ces muscles. Elle est très résistante et présente une hauteur d'environ 3 à 4 centimètres ; elle s'insère : en bas, au bord supérieur du cartilage thyroïde qu'elle engaine ; en haut, au bord postérieur de la base de l'os hyoïde ; sur les côtés, aux grandes cornes de l'os hyoïde et à celle du cartilage thyroïde.

Cette membrane ne présente sur la ligne médiane, qu'un très petit intervalle par lequel on puisse arriver à elle sans léser les couches musculaires, qui la recouvrent presque complètement. Elle est en rapport en avant avec des rameaux artériels dits thyro-hyoïdiens, provenant de la thyroïdienne supérieure, et avec des veines se rendant à la jugulaire interne ; tout à fait en bas et sur les côtés elle donne passage à l'artère et au nerf laryngés supérieurs.

Par sa face postérieure elle répond à une loge remplie par du tissu cellulaire graisseux et des glandes en arrière desquelles se trouve l'épiglotte.

A l'état physiologique, le larynx éprouve des mouvements incessants d'élévation et d'abaissement. Il en résulte la formation entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde d'une large cavité séreuse, limitée en avant par le muscle thyro-hyoïdien, l'aponévrose cervicale et la peau ; en arrière par la membrane thyro-hyoïdienne. On l'a nommée bourse séreuse de Boyer, et elle est susceptible de s'enflammer, de se remplir de liquide, et de donner naissance à une variété de kyste

du cou, qui a été quelquefois confondue avec les kystes dermoïdes de cette région.

C'est à M. le professeur Verneuil (1) que nous devons la description la plus complète de cette bourse séreuse. Malgaigne, dans son Traité d'anatomie chirurgicale (1838, tome II), la considérait comme unique et située sur la ligne médiane; pour M. Verneuil, au contraire, elle serait rare sur la ligne médiane et le plus souvent double ; elle se présenterait sous la forme de deux poches celluleuses situées latéralement et séparées l'une de l'autre par une cloison très résistante, qu'il a vue cependant manquer quelquefois.

Pour être complet, nous devons ajouter qu'on peut rencontrer quelquefois, au-devant de la membrane thyro-hyoïdienne, un prolongement de la glande thyroïde décrit par Lalouette sous le nom de pyramide, et qui peut devenir le siège de véritables kystes. Ce prolongement n'est pas constant, mais on le rencontre chez la plupart des individus ; il naît ordinairement de l'isthme et s'élève plus ou moins, verticalement, au-devant du larynx, en se plaçant ordinairement à gauche de la ligne médiane. Il se termine par un cordon fibreux, résistant, qui peut venir s'attacher à l'échancrure du bord supérieur du cartilage thyroïde ou à la membrane thyro-hyoïdienne, ou bien encore, au corps de l'os hyoïde, ce qui serait, suivant M. Sappey (2), le cas le plus fréquent.

(1) Archives générales de médecine, 1853.

(2) Anatomie descriptive, t. IV, 1874.

Nous terminerons en disant qu'il n'y a aucun ganglion lymphatique dans cette région. Le seul ganglion situé sur la ligne médiane, et parfaitement décrit par M. Sappey, siège plus haut entre les muscles digastriques.

DEUXIEME PARTIE.

Définition.

On appelle kyste dermoïde, une tumeur congénitale formée par une cavité close de toutes parts, dont la structure de la paroi se rapproche beaucoup de celle de la peau et qui renferme dans son intérieur des produits de sécrétions tégumentaires : poils, cellules épithéliales, matière sébacée et quelquefois des os et des dents.

Ces kystes dermoïdes sont constamment congénitaux. Mais l'épithète de *congénital* ne doit pas être prise ici dans le sens littéral du mot, et n'implique nullement la constatation de ces tumeurs au moment de la naissance. Elle indique seulement que les conditions déterminantes de leur formation existent dès la vie intra-utérine et que leur pathogénie se rattache à un trouble de développement. C'est d'ailleurs la même signification qui s'attache généralement au terme d'affections congénitales ; ces affections ne se révèlent parfois qu'à une époque plus ou moins tardive ; mais alors elles existaient pour ainsi dire en germe et à l'état latent dès la naissance, et plus tôt même, dès la vie embryonnaire (1).

(1) Lannelongue et Achard. Traité des kystes congénitaux, 1886.

Nous ferons remarquer dès à présent que les kystes dermoïdes n'ont pas de tendance envahissante, comme les tumeurs néoplasiques; les tissus qui les composent sont normaux, non-seulement quant à la nature de leurs éléments, mais aussi par leur évolution et leur agencement; il n'y a d'irrégulier en eux que leur siège. La cavité dermoïde est une ectopie du tégument externe, mais dans ce siège anormal le tégument jouit de toutes ses propriétés et peut donner naissance à tous ses produits ordinaires.

Les régions où l'on rencontre le plus souvent les kystes dermoïdes sont : la queue du sourcil, le cou, le testicule et l'ovaire.

Ainsi que nous l'avons dit en commençant, nous ne nous occuperons uniquement que des kystes dermoïdes médians du cou situés dans l'espace thyro-hyoïdien, laissant de côté les kystes des régions latérales, ainsi que les autres kystes médians, situés soit au-dessus de l'os hyoïde, soit au-dessous du bord supérieur du cartilage thyroïde.

Dans les auteurs, les kystes dermoïdes du cou ont été souvent décrits sous les noms de kystes athéromateux, athéromes profonds du cou, kystes branchiaux, et par le fait même de ces dénominations un peu vagues, ils n'ont pas toujours été bien distingués des autres kystes branchiaux. Or il importe de faire remarquer, que tous les kystes congénitaux du cou ne sont pas formés aux dépens des fentes branchiales, et de plus que tous les kystes branchiaux ne sont pas dermoïdes. Cette considération nous impose l'obligation de faire un choix

parmi les observations et de n'accepter que les faits dans lesquels la nature dermoïde de la paroi nous paraît suffisamment démontrée.

Les kystes dermoïdes médians thyro-hyoïdiens sont ordinairement sous-cutanés et indépendants du tégument. Cependant Heschl (1) a trouvé sur le cadavre d'un homme de 63 ans un petit sac du volume d'une aveline à contenu sébacé, reposant sur une petite dépression peu profonde de l'os hyoïde, tapissé d'un épiderme, couvert de poils et qui s'ouvrait par l'intermédiaire d'un étroit canal à la surface de la peau, un peu à gauche et au-dessous du milieu de l'os hyoide. Dans ce cas intéressant, le revêtement du sac se continuait avec l'épiderme et l'orifice cutané était tout à fait uni, sans trace de cicatrice, en sorte que la communication du kyste avec l'extérieur était primitive et non accidentelle.

Ce fait est important à connaître, car il démontre que l'on peut observer les degrés intermédiaires entre les kystes et les fentes branchiales et saisir pour ainsi dire le passage de la fente branchiale au kyste. C'est pourquoi on doit le considérer comme une fistule incomplètement transformée, ou comme un kyste arrêté dans son évolution et portant avec lui la trace de son origine.

Lannelongue et Achard, dans leur ouvrage sur les

(1) Heschl. Ueber die Dermoid-Cysten. Prager Vierteljahrschrift f. die prakt. Heil. XVII ter, Jahrg., 1860, IV ter, Bd, Original Aufsœtze, s. 48.

kystes congénitaux (observation XXV, page 93), rapportent un cas de kyste dermoïde du cou, qui est aussi un exemple de cette transformation de fistule en kyste. « En interrogeant la mère, on apprend que l'enfant est venu au monde avec une fistule congénitale, qui s'est fermée et à laquelle a succédé une petite grosseur. »

Cusset considère avec raison, comme un cas de fistule branchiale transformée en kyste l'observation de Phafontoki (1) (d'Ecouen), dans laquelle on voit, chez une jeune fille de trois mois, une fistule congénitale située à égale distance du cartilage cricoïde et de la fourchette sternale, se transformer en tumeur à contenu sébacé, après fermeture de la fistule.

Nous ferons encore observer qu'un certain nombre de fistules branchiales dites consécutives, succèdent à l'ouverture accidentelle d'un kyste, ce qui rétablit artificiellement la disposition ancienne qui existait au moment où le kyste s'est formé, c'est-à-dire à l'époque où une petite portion du tégument externe de l'embryon s'est trouvée enclavée au milieu des tissus.

Historique.

Bien que nous trouvions dans Celse (2) le passage suivant : « Dans la région du cou, il se développe quelquefois une tumeur que les Grecs appellent *bronchocèle* et qui renferme tantôt une humeur semblable à de l'eau

(1) Fistule branchiale. Union méd., 27 juin 1874, p. 1036.
(2) De re medica. Libri octo. Lib. VII.

ou à du miel et parfois même des poils mêlés à de petits os (interdum etiam minutis ossibus pili immixti). Cette matière, quelle qu'elle soit, est contenue dans un kyste » ; l'histoire des kystes dermoïdes congénitaux du cou, situés dans l'espace thyro-hyoïdien, n'en appartient pas moins tout entière à la chirurgie moderne. C'est en vain qu'on en chercherait la description dans les auteurs des siècles derniers, car il n'en est fait mention dans aucun des traités de pathologie externe, ni dans les autres ouvrages de chirurgie. On peut cependant affirmer que des tumeurs semblables ont dû se produire de tout temps, et il est difficile de comprendre comment elles ont pu échapper à l'attention des observateurs. Ce n'est guère que depuis une vingtaine d'années qu'on est parvenu à en fixer la nature et l'origine.

Aussi la pathogénie et l'étude anatomo-pathologique de ces tumeurs, comme nous le verrons dans la suite, ne date que de notre époque. C'est en 1855 que M. le professeur Verneuil émit sa théorie de l'enclavement d'une portion du tégument externe chez l'embryon, pour expliquer la formation des kystes dermoïdes; mais ce n'est qu'à la suite des travaux sur la pathogénie des fistules congénitales du cou et principalement des recherches de Heusinger (1) en 1864, que les rela-

(1) Heusinger. Hals-Kiemen. Fisteln von noch nicht beobachteter Farm : Virchow's Archiv. f. path. anat. Bd XXIX, 1864, s. 358, et Zu den Halskiemenbogen Resten : Ibid. Bd XXXIII, 1865, heft 3, s. 441.

tions de ces tumeurs avec les fentes branchiales de l'embryon ont été établies.

L'étude des observations que nous avons recueillies nous a amené à considérer dans l'histoire des kystes dermoïdes thyro-hyoïdiens trois périodes :

1° Dans la première période ces observateurs mentionnent seulement la nature du contenu de la tumeur, sans parler de la nature de la paroi et de son origine. C'est à cette période qu'appartient la première observation que nous avons trouvée et qui date de 1831. Elle est rapportée dans une leçon clinique de Dupuytren publiée par la *Gazette des Hôpitaux* (tome IV, 26 juillet 1831, n° 26, page 101) sous le titre de *Kyste séreux developpé au cou entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde.* C'est un kyste thyro-hyoïdien, observé chez une jeune fille de treize ans, qui avait débuté à l'âge de quatre ans. Il renfermait une matière mélicérique dans laquelle le chirurgien croit apercevoir quelques poils.

En 1863, Paget (1) parle d'une pièce pathologique renfermée dans le Musée du collège des chirurgiens et relative à un kyste situé au-devant du larynx, adhérent à l'os hyoïde, existant chez un matelot âgé de 50 à 60 ans et datant d'aussi longtemps que le malade pouvait se souvenir. Ce kyste contenait une matière jaune brunâtre granuleuse, semblable à du miel, avec beaucoup de cristaux de cholestérine. Malgré l'absence de poils dans

(1) Paget. Simple or barren cyrts; Compound or proliferous cyrts : In lectures on surgical pathology, p. 391 et p. 415. London, 1865.

cette tumeur, nous croyons qu'on peut dire, comme M. Heurtaux : « Il semble incontestable qu'il s'agissait là d'un kyste dermoïde, bien que Paget en ait méconnu la nature et en parle à l'occasion des kystes séreux. »

En 1869, commence la seconde période de l'histoire de cette affection, dans laquelle, à la description du contenu, se joint l'étude macroscopique de la paroi. C'est en cette année que Broca fit, le premier, connaître la nature exacte de ces kystes ainsi que leur siège, et qu'il en publia deux observations. « J'ai eu, dit-il, deux fois l'occasion d'opérer des kystes sébacés profonds du cou qui correspondaient anatomiquement au siège de la troisième fente branchiale. Ces deux kystes étaient situés sur la ligne médiane; ils reposaient directement sur la membrane thyro hyoïdienne, et étaient recouverts par les muscles thyro-hyoïdiens. L'un d'eux a été extirpé, et j'ai trouvé plusieurs poils au milieu de la matière sébacée, qui le remplissait. L'autre n'a pas été traité par l'extirpation ; son contenu n'a pu être étudié convenablement, je n'y ai pas constaté la présence de poils, mais rien ne prouve qu'il n'y en eût pas. » Et plus loin il ajoute : « En tout cas on peut dire que la plupart des kystes pilifères extérieurs ont leur siège dans des points qui correspondent à la position des fentes branchiales. Cela ajoute une grande probabilité à l'hypothèse de M. Verneuil. » (1)

A partir de cette époque, les observations de kystes dermoïdes thyro-hyoïdiens, bien que peu nombreuses,

(1) Broca. Traité des tumeurs, t. II, p. 79. Paris, 1869.

deviennent moins rares. Ainsi en 1872, le *Bordeaux Médical* (1re année, n° 27, 25 août, page 211) en publie un cas, absolument typique, « avec une première enveloppe fibreuse, et une paroi interne semblable à la peau, présentant un grand nombre de poils soyeux et blanchâtres. » Deux ans plus tard, M. le professeur Panas en communique une nouvelle observation à la Société de chirurgie (Bull. de la Soc. de chir., tome III, page 235, 1874); la même année, M. Heurtaux, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (tome XIX, 1874, page 753, art. Kystes), en rapporte un cas qui lui est personnel, observé, chez un jeune homme de 19 ans, auquel cinq années auparavant il avait dû pratiquer la staphylorrhaphie, pour une division congénitale du voile du palais.

Mais pour que l'étude des kystes dermoïdes thyro-hyoïdiens fût complète, il manquait l'examen histologique de la paroi dermoïde et de son contenu; c'est ce qui constitue la dernière période de l'histoire de ces tumeurs.

Cet examen a été publié pour la 1re fois par M. E. Gironde dans le *Lyon Médical* (19 août 1879, tome XXXI, page 537).

Une seconde observation avec examen histologique à l'appui, nous a été fournie par MM. Lannelongue et Achard, dans leur excellent *Traité* des kystes congénitaux (obs. XXVI.)

A ces deux cas, nous en ajouterons un troisième dans lequel l'étude microscopique de la paroi dermoïde (obs. IX, MM. Pétel et Duménil) a été faite par notre

excellent ami M. Vassaux, chef de laboratoire de la clinique ophthalmologique de la Faculté de médecine de Paris, dont la compétence pour ce genre d'étude est bien connue de tous.

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE.

L'origine congénitale des kystes dermoïdes étant admise, on se trouve naturellement amené à rechercher dans une anomalie de développement la raison de leur formation, et l'on conçoit que les auteurs qui ont traité ce sujet aient rigoureusement recherché les liens qui unissent ces productions aux monstruosités en général. En effet (1), « il est possible, comme l'a fait Is. Geoffroy Saint-Hilaire, d'établir toute une série d'intermédiaires entre les monstres doubles les plus compliqués et les tumeurs dermoïdes à contenu varié, de la même manière que l'on peut descendre par degrés insensibles de celles-ci aux kystes dermoïdes les plus simples. » C'est aussi l'opinion de Broca, qui écrivait : « Cette série, qui commence au simple kyste pilifère pour aboutir au cas des frères Siamois, est si complète, si naturelle, si bien ménagée dans ses transitions, qu'il est impossible de songer à la scinder, et que la théorie applicable à l'un quelconque de ses termes, doit être applicable à tous les autres. » (Traité des tumeurs, t. II, pag. 134. Paris, 1869.)

(1) Lannelongue et Achard. Traité des kystes congénitaux.

Aussi, c'est en partant de ces données que nous allons faire une excursion à travers les différentes hypothèses qui ont été émises pour expliquer la formation des kystes dermoïdes et voir quelles sont celles qui éclairent le mieux la pathogénie des kystes dermoïdes thyro-hyoïdiens, qui, comme tous les kystes dermoïdes sous-cutanés, ne sont que le premier échelon, le premier degré de la grande série tératologique, qui se termine aux monstres doubles, comme par exemple, ceux qui résultent de l'accolement de deux jumeaux au niveau de la région fessière ou des ischions, et que Geoffroy Saint-Hilaire place dans l'ordre des monstres doubles autoritaires, c'est-à-dire des monstres composés des deux individus offrant le même degré de développement.

Nous ne nous arrêterons pas aux idées bizarres de maléfices, de sorts, d'envies, de mauvais œil, auxquelles on faisait jouer un rôle si considérable autrefois, pas plus qu'à l'hypothèse étrange soutenue par Meckel, qui expliquait ces cas tératologiques par la Parthénogénèse, c'est-à-dire par une génération sans le concours des deux sexes, et accomplie par un seul sexe et un seul individu (*Lucina sine concubitu*).

Nous ne ferons que mentionner la théorie de la *Diplogénèse par inclusion*, qui considère le kyste comme un individu primitivement distinct et sa formation comme le résultat d'une monstruosité double. Cette hypothèse n'explique pas le siège de prédilection des kystes dermoïdes dans certaines régions bien connues,

et ne rend pas compte du mode de pénétration de l'un des embryons dans l'autre (1).

Cette théorie fut battue en brèche par Lebert et Broca.

Nous ne dirons qu'un mot de la *théorie folliculaire*, qui expliquait l'origine des kystes dermoïdes simples et sous-cutanés, par la distension des follicules sébacés et par la rétention des produits sébacés, assimilant ainsi les tumeurs dermoïdes aux kystes sébacés glandulaires ; c'est pourquoi ces deux sortes de tumeurs étaient confondues sous les noms de loupes, athéromes, mélicérés... Cette opinion a régné jusqu'au moment où les parois de la poche ont été mieux connues. Ainsi Girard (Lupiologie, 1775) et Astley Cooper avaient trouvé des poils et des cheveux pelotonnés dans des loupes, sans faire de distinction entre ces tumeurs et celles qui n'en contenaient pas.

(1) Pour les uns, c'était l'inclusion d'un très jeune embryon dans un autre antérieurement conçu et plus développé par le fait d'une véritable superfétation.

Pour les autres, l'embryon inclus avait été conçu en même temps que l'autre, mais le développement, après avoir marché parallèlement, s'était arrêté pour l'un d'eux, ce qui expliquait l'extrême inégalité du sujet contenu et du sujet contenant.

Pigué (Soc. anat., juin 1846) dit : On voit parfois deux corpuscules de de Graaf très rapprochés, au point que l'un d'eux peut faire saillie dans la cavité de l'autre, et que les deux cavités communiquent ; dans ce cas les deux ovules peuvent être fécondés simultanément et alors les deux œufs croîtront ensemble dans la même enveloppe ; si l'un d'eux se développe avec plus de rapidité, il englobera l'autre.

Quant à la théorie de la *grossesse extra-utérine*, il n'est jamais venu à personne l'idée de lui faire jouer un rôle quelconque dans la formation des kystes dermoïdes de la tête et du cou.

Lebert, substituant à l'idée de forme l'idée de tissu, à une notion d'anatomie descriptive une notion d'anatomie générale, opposa à la théorie précédente celle de l'*Hétérotopie plastique*, qu'il formule ainsi : « Beaucoup de tissus simples ou composés, et des organes plus complexes même peuvent se former de toutes pièces dans des endroits du corps, où, à l'état normal, on ne les rencontre point (1). » Pour lui les kystes dermoïdes ne seraient qu'une application particulière de cette loi générale ; ainsi, dans les kystes pilifères sous-cutanés, un derme se développe de toutes pièces avec ses poils et ses glandes. Mais il faut remarquer que Lebert ne tient aucun compte de l'origine congénitale des tumeurs dermoïdes, et que le développement embryonnaire n'est pour rien dans leur formation, puisque la genèse des tissus qui les composent est spontanée et qu'ils se forment de toutes pièces dans des endroits où rien ne les représentait antérieurement, « par une aberration particulière de nutrition. » (Loc. cit., p. 256) (2).

(1) Lebert. Soc. de biologie, 1852, p. 203, et Traité d'anatomie pathologique, t. I, p. 256.

(2) L'idée de Lebert n'était pas absolument neuve, car Meckel avait émis une opinion assez analogue ; pour lui, les tumeurs dermoïdes, contenant de la matière sébacée, étaient dues « à une exaltation de l'activité plastique », et celles, qui renfermaient des dents et des poils, étaient formées « lorsque la force plastique

Cette théorie ne répond pas à toutes les questions que soulève l'origine des kystes dermoïdes : elle ne rend pas compte de leur congénitalité si fréquemment indubitable et n'explique pas pourquoi ces kystes ont des sièges de prédilection si bien définis, ni pourquoi ils ont des adhérences si fréquentes avec les parties voisines, et en particulier avec le squelette.

En 1855, M. Verneuil (1), pour expliquer la pathogénie des kystes dermoïdes, publia la *théorie de l'Enclavement*, dans son mémoire sur l'*Inclusion scrotale et testiculaire*. On y lit le passage suivant : « Un certain nombre de kystes pilifères, remarquables par la constance de leur siège et la ressemblance de leur structure, doivent être rapportés à une anomalie dans la réunion et la fusion de quelques parties du tégument, primitivement séparées par des fissures ; je fais allusion ici aux kystes pileux de la région orbitaire : la manière dont l'extrémité du renflement céphalique s'unit avec les parties latérales de la face au niveau des orbites m'engagerait à croire que quelques portions de la peau du fond de la fissure restent emprisonnées profondément dans la région sourcilière et se développent ultérieurement. Il est remarquable que ces tumeurs, dont la congénitalité n'est pas douteuse, ne renferment jamais que des produits tégumentaires

avait pris encore plus de vigueur ». C'était presque le mot de Lebert.

(1) Verneuil. Archives générales de médecine, 1855, 2e série t. VI, p. 302.

(poils, peau, épiderme, glandes sébacées, jamais ni os, ni dents) et présentent avec les couches superficielles et profondes des rapports constants (1). »

Toute la théorie de l'enclavement est, dans ces quelques lignes, clairement et nettement exposée. Aussi, à partir de ce moment, le kyste dermoïde n'a plus été autre chose qu'une petite portion du tégument externe de l'embryon, restée en arrière, pendant le développement fœtal, qui se serait enclavée au sein des tissus, et qui aurait, par son accroissement ultérieur, donné lieu à la formation d'un kyste.

Tout l'honneur de cette théorie revient à M. Verneuil, bien que les Allemands et plusieurs auteurs français désignent ce mode pathogénique sous le nom d'invagination de Remak (die Remak'sen Einstülpung). D'autre part, à propos des kystes dermoïdes du cou, on cite fréquemment Roser (2), comme le premier auteur qui ait interprété leur formation au moyen de l'enclavement d'une portion persistante des fentes branchiales; mais il faut remarquer que Roser n'admit cette formation que pour les kystes du cou et ne l'étendit pas à ceux des autres régions et n'en fit pas une théorie générale.

Le défaut d'adhérence de ces kystes dermoïdes su-

(1) Ainsi des plicatures de la peau, datant de la vie intra-utérine, et isolées du reste du tégument par un mécanisme inconnu, pourraient devenir le point de départ de certains kystes pilifères sous-cutanés.

(2) Roser. Handbuch der anatomischen chirurgie. 4 aufl., p. 175.

perficiels à la peau, et la fréquence de leur union intime avec le squelette, sont dus à la cause déterminante de l'enclavement qui émane de la profondeur et qui intervient avant la formation des parties molles ; mais cette cause nous est inconnue, quant à sa nature. On conçoit alors que le lien épithélial, qui unissait à la peau le petit îlot ectodermique enclavé, ait été rompu, son accroissement n'étant pas proportionnel au développement des parties voisines, tandis que la partie maintenue par une adhérence reste enclavée et isolée dans la profondeur.

L'expérimentation est venue confirmer cette théorie de la formation des kystes dermoïdes par le mécanisme de l'enclavement ; en effet, on a pu, au moyen de greffes cutanées, déterminer un enclavement artificiel et produire par ce moyen de véritables kystes dermoïdes (1).

Voici comment procède M. Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux :

Il prend de jeunes rats blancs, les soumet environ une minute à l'action de vapeurs d'éther, qui produisent chez eux une anesthésie rapide et qu'ils supportent sans danger. Après leur avoir incisé la paroi abdominale, il leur introduit avec précaution dans le ventre des segments de membres supérieurs ou inférieurs, des

(1) Voy. Masse (de Bordeaux). De l'origine des kystes dermoïdes. Formation de certaines tumeurs par transplantations organiques. Applications thérapeutiques. (Mémoire lu au Congrès de chirurgie, 9 août 1885. Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale, t. CVIII, 30 avril 1885, p. 337).

portions de queue, des lambeaux de peau enlevés à d'autres jeunes rats blancs qui venaient de naître ; et il fait ensuite rapidement la suture.

Après environ deux mois et demi d'observation, ces animaux, qui avaient été absolument indifférents au traumatisme qu'ils avaient subi, ont été de nouveau éthérisés et on leur a ouvert la cavité abdominale.

Sur divers points du péritoine, sur le mésentère, sur les épiploons, les greffes s'étaient transformées en kystes à parois résistantes renfermant un contenu caséeux et jaunâtre. Ces kystes de différentes dimensions ont pu, chez certains animaux, être facilement détachés et enlevés.

L'examen microscopique a montré que le contenu de ces kystes renfermait du pus, de la graisse, des cristaux de cholestérine, des cellules épidermiques et des poils : on ne rencontrait dans ces tumeurs que fort peu de débris de tissu conjonctif et élastique, derniers restes des greffes encore imparfaitement transformées. Sur leur paroi existaient même de petits poils.

En somme, les tumeurs nouvelles ainsi formées représentaient le type parfait de la tumeur dermoïde.

Ces néoplasies d'origine expérimentale offrent des analogies assez grandes avec certaines tumeurs perlées de l'iris qui ont incontestablement pour origine de véritables greffes consécutives à un traumatisme. En effet, en 1881, M. Masse a obtenu, chez des lapins, des tumeurs perlées de l'iris, en greffant des éléments de la conjonctive, et a ainsi vérifié l'hypothèse émise par

Rothmund, sur l'origine de ces tumeurs par transplantation de l'épithélium à la suite de traumatisme (1).

Les tumeurs perlées des doigts, sur lesquelles M. le professeur Gross, de Nancy, a attiré l'attention dans un Mémoire publié en 1884, sont manifestement le résultat de traumatismes et de greffes. Suivant M. Gross, les éléments épithéliaux refoulés au moment des traumatismes vers les parties profondes, y subiraient une véritable implantation, qui serait le germe d'une tumeur. M. Masse a également vérifié cette assertion, en greffant dans la peau de rats blancs des lambeaux de peau de jeunes rats, qui venaient de naître : il a ainsi obtenu de véritables tumeurs perlées sous-cutanées.

MM. Lannelongue et Achard ont aussi produit des tumeurs dermoïdes en transplantant sous la peau de jeunes cobayes des lambeaux cutanés.

Les transplantations organiques et les greffes peuvent donc, à bon droit, être invoquées pour expliquer l'origine, jusqu'ici fort obscure, de certaines tumeurs ; comme les kystes dermoïdes, les tumeurs perlées et kystes dermoïdes de l'iris, et les tumeurs perlées des doigts.

En somme, la théorie de l'enclavement répond d'une manière satisfaisante à la plupart des questions que soulève la pathogénie des kystes dermoïdes et des ca-

(1) Masse. Bull. de la Soc. de chir., 23 février 1881, t. VII, p. 185. — C. r. des séances de l'Académie des sciences, 15 janvier 1883, t. XCVI, p. 102.

vités à paroi dermoïde, et nous l'admettons sans aucune restriction. Car, bien mieux que les théories précédentes, elle rend compte de leurs principales particularités de structure, de leurs connexions avec les parties voisines, de leur distribution dans l'économie et de leur apparition dans le jeune âge. De plus, elle repose sur des faits et n'est pas une pure hypothèse, puisque, au moyen de nombreuses observations, on peut suivre, en passant par les diverses variétés de fistules branchiales, tous les stades qui séparent la fente branchiale du kyste branchial. C'est pour ces motifs que nous l'admettons sans aucune réserve.

Cette théorie exposée et bien connue, nous croyons nécessaire,pour l'intelligence de n tre travail, de donner ici brièvement quelques notions d'embryologie à propos de la formation de la face et du cou; de cette façon, on saisira mieux la raison de la fréquence de ces tumeurs et la constance de leur siège dans certaines régions bien déterminées de la face et du cou.

M. Duplay, dans un mémoire sur les *fistules congénitales du cou* (1), dit : « On sait que dès les premiers jours du développement de l'embryon, celui-ci représente assez exactement l'aspect d'une nacelle, dont les bords se relèvent sous forme de plaques membraneuses, s'infléchissent peu à peu l'un vers l'autre, et finissent par se réunir sur la ligne médiane, pour former la paroi antérieure du corps de l'embryon. Ces plaques

(1) S. Duplay. Archives générales de médecine, 1875, t. I, p. 79.

membraneuses, désignées sous le nom de *lames viscérales ou ventrales*, se réunissent de très bonne heure à la partie antérieure de l'embryon, au-dessous des premières cellules cérébrales; et c'est cette partie antérieure des lames viscérales qui devient le point de départ du développement des parties molles et dures de la face et du cou.

Dans l'épaisseur de ces lames, on voit se produire des dépôts de blastème, affectant la forme de lignes ou d'arcs parallèles, qui partent de la base de la capsule crânienne et convergent par une croissance rapide vers la ligne médiane. Ces dépôts de blastème, qui se montrent successivement d'avant en arrière, ne tardent pas à être séparés les uns des autres, par suite de la résorption de la substance intermédiaire qui disparaît, laissant à sa place autant de fentes.

De sorte que, vers la fin du premier mois, les feuillets du blastoderme accolés, affectent, au-dessous du capuchon céphalique, la forme de quatre lamelles latérales, dont les extrémités convergent vers la ligne médiane. Ce sont les *arcs branchiaux ou viscéraux*, séparés par les *fentes branchiales ou viscérales* ».

Nous allons suivre successivement et rapidement le développement des arcs branchiaux et dire ce que deviennent les fentes branchiales.

L'arc antérieur du premier arc branchial apparaît dès le quatorzième jour, et donne naissance, en se soudant avec celui du côté opposé, aux os palatins, aux apophyses ptérygoïdes, au marteau, à l'enclume, ax maxillaires supérieurs, à l'os intermaxillaire, au maxil-

laire inférieur et aux lèvres, en un mot, il peut être considéré comme formant à lui seul toutes les parties de la face, la bouche, le nez, les mâchoires, le palais.

La trompe d'Eustache, l'oreille moyenne et l'oreille externe ne sont que la *première fente branchiale ou pharyngienne*.

Au-dessous de cette fente se trouve le *deuxième arc branchial*, qui fournit l'étrier et son muscle, et concourt à la formation du cou par le développement à ses dépens de l'apophyse styloïde, du ligament styloïdien et de la petite corne de l'os hyoïde. Le *troisième arc branchial* forme le corps et les grandes cornes de l'os hyoïde. Le *quatrième* donne naissance au larynx et à la plupart des parties molles du cou. C'est au point de convergence des deuxième et troisième arcs branchiaux que l'on voit apparaître la langue et l'épiglotte.

A l'état normal, les trois dernières fentes branchiales disparaissent par les progrès du développement et il n'en reste plus aucune trace dès la sixième semaine.

Partant de ces données, il semble, au premier abord, qu'il sera toujours facile de déterminer d'une façon précise aux dépens de quelle fente branchiale se sont formés, dans chaque cas particulier, les fistules et les kystes branchiaux; c'est le plus souvent le contraire qui arrive; mais c'est là un fait de peu d'importance au point de vue clinique et thérapeutique.

Pour nous, les kystes dermoïdes de l'espace thyro-hyoïdien étant toujours médians, se trouvent au niveau de la troisième fente branchiale; la tumeur se

trouve continuellement sur la ligne de soudure des arcs branchiaux qui est médiane, Or, c'est précisément au moment de cette soudure des arcs et de la fermeture des fentes branchiales, que se trouvent formés ces kystes. On suppose qu'une petite portion des téguments se trouve pincée dans la fente : il en résulte une dépression en doigt de gant, puis un cul-de-sac avec un goulot qui se rétrécit de plus en plus et s'oblitère bientôt (pas toujours, voyez le cas de Helsh, page 15). Ainsi se trouve formée une poche sous-cutanée dont la structure est identique à celle de la peau.

A propos de la pathogénie et de l'étiologie des fistules branchiales du cou, Duplay (1) dit : « Quant à la cause qui produit cet arrêt de développement, elle nous échappe entièrement; tout ce qu'on peut dire, c'est qu'ici, comme dans tous les vices de conformation, on signale une influence héréditaire : Ainsi, plusieurs membres d'une même famille sont atteints de fistules branchiales; dans une autre famille, on observe huit fois la même maladie durant trois générations ; enfin, dans une autre observation, les parents étant exempts d'une semblable affection, cinq de leurs enfants sur huit en étaient porteurs ». De plus, on les voit, mais rarement, compliquer d'autres vices de conformation, affectant l'oreille externe, et se manifestant par des troubles de l'ouïe ; elles coïncident, assez rarement, avec quelques-unes des variétés de bec-de-lièvre.

Ce qui précède s'applique entièrement aux kystes

(1) Loc. cit.

dermoïdes du cou et, en particulier, à ceux de l'espace thyro-hyoïdien, car ils ont la même origine que les fistules branchiales, et de plus, n'avons-nous pas vu dans une de nos observations (Heurtaux, Obs. V), coïncider avec une division congénitale du voile du palais. Dans nos deux observations, bien que nous n'ayons pas trouvé d'antécédents chez les parents, l'hérédité est manifeste, puisque le kyste dermoïde se rencontre chez deux jumeaux, et nous voyons là un fait analogue à celui de M. Duplay, cité plus haut, où dans la même famille, cinq enfants sur huit présentaient une fistule branchiale, quoique les parents ne fussent pas porteurs d'une affection semblable.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Si l'on pratique la section d'un kyste dermoïde thyro-hyoïdien dont on vient de faire l'extirpation, on trouve, au centre, une matière blanc jaunâtre, graisseuse, contenant des poils, et, autour de cette masse caséeuse, une paroi composée de deux feuillets : l'un externe plus ou moins épais, dur, résistant, l'autre interne, mince, d'une couleur blanchâtre, quelquefois d'aspect nacré. Dans une de nos observations (E. Gironde), ce dernier feuillet présentait l'aspect de la peau qui a macéré.

Nous allons diviser cette étude en deux parties : dans la première nous parlerons de la structure de la paroi dermoïde et de ses dérivés, glandes et poils ; dans la seconde partie nous nous occuperons de son contenu.

1° *Structure de la paroi dermoïde et de ses dérivés : poils, glandes.*

Les kystes dermoïdes thyro-hyoïdiens sont toujours simples, uniloculaires et ne présentent pas de diverticulum. Ils sont toujours situés au-devant de la membrane thyro-hyoïdienne, à laquelle ils adhèrent d'une façon plus ou moins intime; et latéralement ils sont recouverts en partie par les muscles thyro-hyoïdiens.

La paroi dermoïde de ces tumeurs comme celle des kystes de la queue du sourcil, présente, au point de vue histologique, les caractères généraux du tégument externe : derme, souvent doublé dans sa profondeur d'un panicule graisseux, et revêtement épithélial formé de cellules pavimenteuses stratifiées (1).

Le derme présente sa structure habituelle et son tissu conjonctif feutré ; il contient quelques fibres musculaires, les unes striées, les autres lisses, formant les muscles annexés aux follicules pileux. Les vaisseaux y sont en général assez développés (Obs. VII. E. Gironde). La surface du derme est parfois absolument plate et cette disposition, assez habituelle, a été regardée comme un caractère fatal (E. Gironde); quelquefois, il y a des papilles irrégulières et variables en nombre et en dimensions, elles sont très manifestes dans notre observation IX ; M. Gironde n'a rencontré nulle

(1) C'est Kohlrausch, qui, le premier, a donné la description microscopique de la paroi dermoïde en 1843.

part de bourgeons papillaires, dans les coupes qu'il a pratiquées avec M. Chandelux. Ce fait mérite d'être signalé, car on sait que chez le fœtus, jusqu'au sixième mois de la vie intra-utérine, le derme se termine par une surface absolument plane, les papilles n'apparaissant que plus tard (1).

L'épiderme peut se présenter avec tous ses caractères normaux, avec corps muqueux de Malpighi et stratum granulosum, pourvu de grains d'éléidine. (Obs. IX, Pétel et Duménil, et Obs. X, Lannelongue et Achard) ; mais le plus souvent il est modifié ; ainsi, dans le cas de M. E. Gironde, il était beaucoup moins développé que sur la peau normale ; on ne pouvait distinguer les cellules crénelées, la couche cornée était mince et ses cellules ne se coloraient pas en jaune, mais en rose, par le picrocarmin, fait attribué par l'auteur à la macération de la couche épithéliale par le contenu graisseux du kyste. Il en était résulté une altération du protoplasma des cellules cornées, qui n'offrait plus cette résistance si remarquable de l'épithélium corné vrai.

Dans la plupart des cas observés la couche cornée épithéliale est en partie desquamée et se continue sans ligne de démarcation précise avec les cellules, qui forment le contenu sébacé de la poche kystique ; quel-

(1) D'après Kölliker, les premiers rudiments des poils de duvet se montrent au front et aux sourcils à la fin du 3e mois et au début du 4e, les glandes sébacées à la fin du 4e, tandis que les glandes sudoripares se développent au 5e mois, et que les traces de papilles n'apparaissent aux mains et aux pieds qu'au 6e mois.

quefois, les cellules du revêtement épidermique sont dans toutes les couches plus ou moins déformées et aplaties et le plus souvent l'épaisseur de l'épiderme est moindre qu'à l'état normal. Cette épaisseur est sujette à varier suivant les différents points de la paroi que l'on examine (Lannelongue et Achard).

Les glandes sébacées sont annexées aux poils le plus souvent ; mais on peut en observer, qui sont indépendantes des follicules pileux et s'ouvrent directement à la surface libre de la peau. On en a observé qui étaient tout à fait rudimentaires à côté d'autres bien développées.

Les poils sont implantés dans la paroi et n'existent qu'en des points très limités.

Les glandes sudoripares sont rares dans laparoi dermoïde ; elles y ont été vues la première fois par Hohlrausch. Tantôt elles sont normales, tantôt elles sont rudimentaires. Ainsi celles que M. Vassaux a trouvées dans la paroi dermoïde qu'il a examinée (Obs. IX,) ne sont pas glomérulées et appartiennent à la variété des glandes sudoripares que l'on rencontre dans la paupière, c'est-à-dire des glandes de Moll. Sur des sections intéressant perpendiculairement les tubes, on constate très nettement une paroi propre, anhyste, épaisse, sur laquelle repose une couche de cellules fusiformes se présentant sous un aspect dentelé ; plus intérieurement une couche de cellules cylindriques ou cubiques à protoplasma finement grenu dont les prolongements basilaires s'intercalent dans les

interstices des cellules fusiformes décrites précédemment.

La présence de ces glandes sudoripares en même temps que celle de poils et de glandes sébacées dans l'épaisseur de la paroi dermoïde (Obs. IX), nous oblige à faire remarquer que M. E. Gironde(1) était allé trop loin en affirmant que les glandes sudoripares font défaut dans les cas où il existe des poils et des glandes sébacées bien développées. L'absence des glandes sudoripares dans la paroi des kystes dermoïdes est considérée, par cet auteur, comme un caractère fœtal.

2° *Etude du contenu du kyste.*

Le contenu des kystes dermoïdes thyro-hyoïdiens ne renferme jamais que des produits tégumentaires. Si la paroi contient des follicules pileux, on rencontre d'habitude des poils libres dans la cavité du kyste; il peut même arriver que tous les poils soient tombés, et qu'on n'en trouve plus d'implantés. On y a trouvé des débris de cellules épidermiques, des débris de paroi, des lambeaux cutanés avec des poils et des glandes, qui se sont détachés. Ces divers produits sont mélangés plus ou moins intimement à la matière sébacée, qui forme le contenu habituel de ces kystes.

« Cette matière sébacée est constituée, au microscope, par de la graisse libre principalement, des cris-

(1) Contribution à l'étude des kystes dermoïdes. Lyon médical, 17 août 1879, t. XXXI.

taux de cholestérine, des débris de cellules épithéliales, plus ou moins déformées et raccornies ou infiltrées de graisse(1). »

A l'œil nu elle ne se présente pas toujours sous le même aspect. Le plus souvent c'est un magma blanchâtre ou jaunâtre ayant la consistance d'une bouillie plus ou moins épaisse, ce qui a fait donner à ces kystes les noms d'athéromes, de kystes athéromateux. Tantôt elle est d'un blanc éclatant ou plus ou moins jaunâtre ; tantôt elle présente des grumeaux, comparés à du riz cuit ou à de la matière caséeuse. Le contenu graisseux a été comparé au beurre, à l'axonge (Duménil), au suif fondu, au miel concret (d'où le nom de Mélicéris), à de la crème, à du mortier.

Les poils que l'on rencontre mélangés avec la matière sébacée sont très variables comme nombre et comme longueur ; ils peuvent avoir de un à plusieurs centimètres de longueur ; tantôt on n'en trouve que trois ou quatre seulement, tantôt ils sont très nombreux et forment un petit peloton. Ils sont toujours soyeux, blonds ou blanchâtres, quelle que soit la couleur des cheveux du malade. Cette teinte pâle est due probablement à ce qu'ils ne sont pas en contact avec l'air et la lumière, et l'on ne saurait mieux les comparer qu'aux plantes qui poussent dans l'obscurité.

Nous devons faire remarquer qu'on n'a pas rencontré de dents, ni d'os, dans les kystes dermoïdes thyro-hyoïdiens, et que dans aucun cas on n'y a trouvé

(1) Lannelongue et Achard.

un contenu huileux, comme cela se voit quelquefois dans les kystes de la queue du sourcil, et dont MM. Vaussaux et Broca ont fait une excellente étude (1).

SYMPTOMES.

Ce qui frappe d'abord chez un malade porteur d'un kyste dermoïde thyro-hyoïdien, c'est la déformation de la région. On y voit, en effet, une saillie plus ou moins prononcée, suivant le volume de la tumeur, tantôt diminuant graduellement, tantôt formant une éminence nettement circonscrite ; ce qui donne au cou du malade un aspect particulier, désagréable à la vue, surtout chez les sujets maigres.

Si l'on saisit cette tumeur entre les doigts, on constate qu'elle est lisse, arrondie, qu'on peut quelquefois en circonscrire la base assez nettement. Son volume est très variable ; on en a trouvé qui étaient grosses comme une noisette, une noix, un œuf de pigeon, une petite pomme, un œuf de poule.

La tension de ces kystes est peu considérable généralement, et la plupart du temps la fluctuation est manifeste, ce qui les a fait souvent confondre avec les kystes séreux thyro-hyoïdiens.

La tumeur ne présente aucune adhérence avec la peau, qui est mobile, sans aucun changement de colo-

(1) Voy. Archives d'ophthalmologie, 1883.

ration, ni aucune trace de dilatation veineuse. Mais il n'en est pas de même sur les parties profondes du cou, avec lesquelles elle est en rapport; là, les connexions sont le plus souvent assez intimes pour qu'on ne puisse imprimer aucun mouvement à la tumeur, qui suit entièrement les mouvements d'élévation et d'abaissement du larynx pendant la déglutition.

Ces kystes sont absolument indolores, même après un examen prolongé. Ils n'entravent nullement les mouvements du larynx pendant la déglutition, et n'apportent aucune gêne à l'acte de la respiration, ni à la phonation, même quand ils ont un volume considérable; on peut donc dire avec M. Desprès, qu'ils « ne gênent que la coquetterie ».

Nous devons cependant noter que le malade de M. E. Gironde (Obs. XII) « raconta que pendant deux ans, et à peu près à l'époque où il s'aperçut de sa tumeur, il salivait beaucoup et avait à chaque instant besoin de cracher. » Nous devons aussi rappeler que dans l'observation de M. Panas, la tumeur causait « à peine un peu de gêne dans les mouvements de la région. »

Ces kystes ne sont pas réductibles par une compression méthodique et soutenue, leur tension n'augmente pas sous l'influence des efforts ni pendant les cris, et l'on n'y trouve ni souffle, ni battements, ni mouvements d'expansion.

Lorsque les kystes dermoïdes thyro-hyoïdiens sont volumineux (œuf de poule, pomme), ils peuvent, comme les kystes séreux de cette région, faire saillie dans

l'arrière-gorge, et en glissant le doigt le long de la face supérieure de la langue, on sent à la base de cet organe, la partie postérieure de la tumeur.

MARCHE.

A l'origine, la petite masse épithéliale, la petite dépression en doigt de gant est simplement une involution de l'épiblaste, puis, par suite du développement des parties voisines, elle s'éloigne peu à peu de la surface de l'ectoderme, et alors le pédicule épithélial qui la rattache à l'ectoderme doit s'allonger progressivement; mais cet allongement devient insuffisant si les tissus voisins se développent plus rapidement, de sorte que la continuité se trouve rompue entre l'ectoderme et le petit kyste, qui sera désormais indépendant du tégument externe.

A partir de ce moment, la petite masse ectodermique peut se comporter de deux manières : ou bien elle n'évoluera pas en kyste aussitôt, et restera stationnaire, ou bien elle évoluera en kyste dermoïde immédiatement, en suivant une loi régulière d'accroissement.

En effet, le développement des kystes dermoïdes sous-cutanés, et en particulier de ceux du cou et de la face, est sujet à de grandes variations. Tantôt ils restent longtemps à l'état latent, sans que rien puisse en faire soupçonner l'existence; tantôt, après avoir progressé pendant quelque temps, ils demeurent stationnaires avant de prendre un accroissement nouveau.

C'est dans la première phase de leur évolution, appelée par Verneuil « période d'indolence et de stagnation », qu'ils sont facilement méconnus. Cette période d'inobservation peut durer, dans certains cas, très longtemps et se prolonger jusqu'à un âge avancé, mais elle ne dépasse pas en général la puberté pour les kystes sous-cutanés, et l'âge mûr pour les kystes profonds.

La puberté a sur ce développement une influence considérable, et maintes fois signalée. Tous les physiologistes ont en effet remarqué qu'avec les progrès de l'âge, les phénomènes d'exhalation et de désassimilation tendent à devenir prédominants sur ceux de l'absorption, aussi bien pour la surface interne du kyste que pour le tégument externe tout entier. Le développement des poils au moment de la puberté, agit probablement dans le même sens pour faire augmenter le volume du kyste. La paroi de cette tumeur s'accroit en surface, en raison directe de l'augmentation de volume des produits de sécrétion et de desquamation, le plus souvent analogues au sebum ou au *vernix caseosa* du fœtus.

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, l'époque de l'apparition de ces tumeurs est très variable, ainsi que le montre le tableau suivant fait d'après les observations que nous avons recueillies :

Tumeur	remarquée à	1 mois	
—	—	6 —	1
—	—	4 ans	2
—	—	6 —	1
—	—	11 —	1

Tumeur remarquée à 13 ans		1
— — 20 —		1
Tumeurs remarquées à une époque indéterminée		2

Il ressort également de nos observations que ces tumeurs seraient plus fréquentes chez les garçons que chez les filles, car nous les avons rencontrées *sept* fois chez les premiers et *trois* fois seulement chez les dernières.

DIAGNOSTIC.

La région thyro-hyoïdienne peut être comme toutes les autres le siège de tumeurs les plus diverses. Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de ces affections communes à tous les points de l'économie, et nous nous arrêterons seulement à celles qui se rapprochent plus particulièrement, par leur siège, leur disposition et leurs caractères cliniques, des kystes qui font l'objet spécial de cette étude.

La présence dans cette région d'une tumeur indolente, n'occasionnant aucune gêne et ayant augmenté lentement de volume, nous permet d'éliminer immédiatement les affections à marche aiguë.

Les tumeurs avec lesquelles les kystes dermoïdes thyro-hyoïdiens peuvent être le plus facilement confondus, sont les loupes, les lipomes et les kystes séreux.

Les lipomes, bien que présentant quelquefois une sorte de fausse fluctuation, se reconnaîtront à la sen-

sation spéciale de bosselures multiples qu'ils fournissent au doigt, et à leur adhérence à la peau dont ils suivent les mouvements.

Les loupes ont une consistance plus pâteuse qu'élastique, et on découvre parfois, au sommet de la tumeur, un point qui représente l'orifice de la glande distendue et par lequel on fait sortir une portion du contenu, lorsque celui-ci est peu consistant. Les loupes sont rares dans cette région, pauvre en follicules sébacés. Elles sont, encore plus que les lipomes, toujours superficielles, et leur adhérence aux parties profondes est à peu près nulle ; de plus elles ne participent pas aux mouvements du larynx.

Les kystes séreux sont généralement plus fluctuants ; mais lorsque le kyste est ancien, sa paroi s'est épaissie, la tumeur est alors dure, et la fluctuation moins nette, ce qui rend le diagnostic plus difficile.

L'absence de ganglions lymphatiques dans la région thyro-hyoïdienne écartera l'idée d'adénite chronique ; mais si une tumeur de cette nature existait dans la région hyoïdienne, elle aurait pour origine le ganglion sus-hyoïdien, et siègerait au-dessus de l'os hyoïde.

Bien que l'on ait pendant longtemps confondu dans la même description les kystes développés dans la bourse séreuse préthyroïdienne avec les kystes thyro-hyoïdiens, on évitera facilement cette erreur, car le siège de ces tumeurs est immédiatement en avant de la saillie du cartilage thyroïde ou pomme d'Adam.

On pourrait encore rencontrer dans cette région un laryngocèle, tumeur gazeuse sans fluctuation, augmen-

tant pendant les cris, les chants, les efforts, subissant des changements de volume et de rapports répétés, selon l'état d'activité ou de repos de l'organe vocal ; mais cette tumeur sera vite différenciée des kystes dermoïdes de la région.

On ne les confondra pas non plus avec une tumeur rare, il est vrai, mais qui se présente quelquefois dans l'espace thyro-hyoïdien, et qui augmente de volume après les repas, ou quand on provoque une salivation abondante, pour diminuer ensuite notablement de volume, signe certain de la communication de cette tumeur avec l'arrière-gorge et qui n'est autre qu'une fistule pharyngienne borne interne (1).

En faisant le diagnostic, il faudra encore songer aux angiomes profonds du cou, et en particulier à la variété caverneuse à grandes loges. Ces tumeurs, comme les kystes, peuvent, à cause de leur peu de tension, donner une apparence de fausse fluctuation. Elles sont réductibles par une compression méthodique et soutenue, et augmentent de volume au contraire et présentent une tension beaucoup plus grande quand on place la tête du malade dans une position déclive, ou sous l'influence des cris et des efforts.

Il ne faudra pas perdre de vue que l'on pourrait avoir affaire à un kyste développé dans la pyramide de Lalouette ; mais c'est là une affection excessivement rare ; il en est de même des kystes hydatiques de cette région.

(1) V. Affre. Des kystes thyro-hyoïdiens. Thèse de Paris, 1875, n° 373, obs. II, p. 36.

Le diagnostic des kystes dermoïdes thyro-hyoïdiens n'est pas chose facile ; car ils ont été quelquefois pris pour des kystes séreux de cette région par des chirurgiens du plus grand mérite, et le plus souvent leur véritable nature n'a été reconnue qu'après une ponction exploratrice. C'est une opération tout à fait inoffensive qui fournit d'utiles renseignements sur la nature de la tumeur, lorsqu'elle ne constitue pas une méthode de traitement.

On fera cette ponction avec un trocart ou l'aiguille de l'aspirateur de Dieulafoy ou de Potain ; cependant on ne devra pas la pratiquer avec un instrument trop gros, si l'on n'est pas parfaitement décidé à poursuivre le traitement immédiatement jusqu'au bout, c'est-à-dire jusqu'à l'ablation complète du kyste. En effet, on exposerait le malade à la production d'une fistule, singulièrement plus gênante que l'affection primitive, à cause de l'écoulement constant dont elle serait le siège.

PRONOSTIC

Le pronostic des kystes dermoïdes thyro-hyoïdiens est absolument bénin ; en effet, ces kystes, même les plus volumineux, ne déterminent aucune gêne ni du côté de la déglutition, ni dans l'acte respiratoire, ni pendant la phonation. Le seul ennui qu'ils causent est dû à la difformité qu'ils produisent et c'est ce motif qui porte le malade à demander au chirurgien de le débarrasser de sa tumeur.

Le seul accident, qui pourrait se produire, serait l'inflammation de la tumeur, occasionnée par l'irritation continuelle de vêtements trop serrés, ainsi que Larrey l'a observé chez un soldat qui portait un kyste médian du cou. Si cette complication arrivait, il faudrait craindre de voir le kyste s'ouvrir à l'extérieur et se transformer en fistule, qui serait plus gênante que la tumeur, et à laquelle on devrait appliquer le traitement du kyste lui-même.

TRAITEMENT

Disons dès maintenant que les applications de révulsifs, teinture d'iode, vésicatoires, de fondants, pommades, etc., sur la peau qui recouvre un kyste dermoïde sont absolument inutiles pour obtenir la guérison de cette affection. Pour faire disparaître cette tumeur, il faut détruire sa paroi dermoïde; aussi les divers modes de traitement qui ont été employés le plus souvent sont les suivants :

1° Injection de liquides irritants ou caustiques dans la cavité dermoïde;
2° Incision et cautérisation de la poche;
3° Drainage de la poche;
4° Extirpation.

La ponction du kyste, suivie d'injection iodée, ou de vin sucré, n'a pas eu les heureux résultats qu'on en attendait, car elle n'a donné qu'une seule guérison

(M. Duménil, obs. VIII), sur cinq cas où elle a été employée (Broca, Panas, Gironde, Duménil, Pétel).

L'incision de la poche suivie de cautérisation avec le nitrate d'argent a été pratiquée deux fois sans résultat par Broca et M. le professeur Panas.

Après la cautérisation avec le fil galvano-caustique, Broca a vu la tumeur récidiver.

Le drainage de la poche combiné avec des lavages (M. Duménil) n'a pas amené la guérison. (Obs. IX.)

L'extirpation de la tumeur a été pratiquée sept fois, et six fois le succès a été complet, nous ne comptons pas le malheureux cas de Broca, qui vit son malade mourir quelques instants après l'opération.

En présence d'un tel résultat, nous disons que le seul moyen de débarrasser promptement et radicalement le malade de la tumeur dont il est porteur, c'est l'extirpation que l'on pratiquera d'emblée, ou après avoir essayé les moyens thérapeutiques dont nous venons de parler.

Ce qui importe avant tout, c'est de faire une extirpation complète, en raison de la facilité avec laquelle se reproduisent ces tumeurs. En effet, si on laisse au fond de la plaie la plus petite portion de la paroi, il reste à la suite une fistule permanente, et quelquefois même il y a récidive du kyste; ce qui est une source d'ennuis pour le malade et pour le médecin, qui se trouve dans la nécessité de faire une nouvelle opération. C'est là un fait observé depuis longtemps. C'est, jusqu'à ce jour, le véritable, le seul mode de traitement, les autres médications n'étant que des moyens illusoires. Boyer avait

bien reconnu la vérité de cette remarque, mais, chose curieuse, il en croyait l'extirpation impossible.

Il ne faudrait cependant pas croire que c'est là une opération banale et sans danger. En effet, si, dans la plupart des cas, elle ne présente aucune difficulté, il en est d'autres, au contraire, où elle demande une grande habileté et une grande prudence de la part de l'opérateur, pour ne pas léser les organes importants de cette région. Au point de vue pratique, il ne faut pas perdre de vue que les kystes dermoïdes sous-hyoïdiens sont profonds, sous-musculaires et le plus souvent adhérents à l'os hyoïde; aussi, dans la dissection de la tumeur, faut-il n'avancer que lentement et pour ainsi dire pas à pas, à petits coups de ciseaux ou de bistouri, pour ne pas dépasser la membrane thyro-hyoïdienne et blesser l'épiglotte et le larynx.

Les adhérences de la tumeur au squelette, la minceur de ses parois, la fluidité de son contenu, tout concourt à rendre délicate la dissection des kystes sous-cutanés. Aussi a-t-on proposé pour faciliter cette opération de fixer la poche au moyen d'une sorte de fourchette (Duplouy) (1), d'un ténaculum, d'un fil qui la traverse et permet de l'attirer en avant et de la faire basculer dans tous les sens.

Quant à la direction de l'incision, tous les opérateurs sont d'accord pour la faire verticale, c'est ce qui découle des observations que nous avons recueillies;

(1) Duplouy. Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie, t. IV, 20 mars 1878, p. 233.

M. Duménil (obs. IX) a fait son incision transversale parce qu'il a voulu utiliser les deux orifices du séton qu'il avait placé. Quelquefois, si la tumeur était par trop volumineuse, il faudrait, comme le conseille Dupuytren, inciser crucialement la peau, afin de disséquer plus facilement le fond de la tumeur.

On peut laisser la plaie ouverte sans faire de sutures, mais il vaut mieux, pour éviter une cicatrice par trop large et par suite visible, rapprocher les lèvres de la plaie et placer un petit drain à la partie inférieure de celle-ci. Dupuytren conseillait d'attendre au moins une demi-heure avant de réunir, afin de prévenir l'hémorrhagie; mais cette précaution n'est plus nécessaire aujourd'hui que nous avons à notre disposition les moyens de faire immédiatement et complètement l'hémostase de la plaie.

Le pansement sera fait suivant les principes de l'antisepsie la plus rigoureuse, et l'on recommandera au malade de faire le moins possible de brusques mouvements de déglutition et de conserver autant que possible l'immobilité du cou, car, autrement, la réunion ne se ferait pas ou se ferait partiellement et l'on aurait dans ce cas une cicatrice plus apparente.

Les suites opératoires ont été des plus simples dans toutes les opérations que nous avons étudiées; mais il pourrait cependant survenir une inflammation plus ou moins vive dans les tissus superficiels autour de la plaie, et alors il n'y aurait rien de grave à redouter; mais si cette inflammation gagnait les parties profondes, il pourrait en résulter des accidents grave

tels que l'œdème de la glotte et une suppuration profonde que l'on combattrait par les antiphlogistiques et les autres moyens appropriés.

Un érysipèle pourrait également venir compliquer la plaie, mais c'est là un accident qui a perdu beaucoup de sa gravité, grâce à la méthode antiseptique.

OBSERVATIONS

Observation I.

Kyste dermoïde thyro-hyoïdien, pris pour un kyste séreux.

(Extrait d'une leçon clinique de Dupuytren, publiée dans la *Gaz. des hôp.*, t. IV, 26 juillet 1831, n° 26, page 101.)

La jeune fille dont il s'agit st âgée de 13 ans (elle a eu la petite vérole à l'âge de 10 ans et demi), et son mal, très ancien, remonte à l'âge de 4 ans. Depuis lors, la tumeur s'est légèrement accrue et ne présente pas d'autres caractères que ceux qu'elle avait au début. C'est actuellement une petite tumeur, grosse comme une noisette, située à la partie antérieure et supérieure du cou, entre l'os hyoïde et l'échancrure du bord supérieur du cartilage thyroïde ; on n'observe aucun changement de couleur à la peau qui la recouvre. Mobile par le sommet, elle semble adhérente par sa base, car on ne peut la déplacer ni de haut en bas, ni sur les côtés. Elle offre de la fluctuation, et elle est arrondie ; elle n'augmente pas quand la malade souffle et retient de l'air dans sa bouche, et n'occasionne aucune douleur.

Après avoir fait coucher la petite malade sur le dos, un pli transversal est fait à la peau qui recouvre la tumeur, par Dupuytren d'un côté, et par un aide de l'autre, et sur ce pli est pratiquée une incision verticale; après un peu de dissection, la tumeur paraît à nu; on espère pouvoir la dis-

séquer latéralement avec une sonde cannelée et épargner la douleur des incisions transversales ; mais le tissu cellulaire qui l'entoure est trop dense, et on est obligé de pratiquer ces deux incisions. On cerne ainsi non sans peine la tumeur, et on lèse deux artérioles qui ne sont point liées, et qui fournissent *un jet de sang noir.*

Arrivé à la base de la tumeur dont on croit alors reconnaître la *nature mélicérique* à sa couleur jaunâtre, celle-ci est entièrement détachée à l'aide de ciseaux courbés sur le plat ; mais, comme elle a été légèrement entamée à sa face postérieure, le chirurgien saisit avec des pinces et emporte avec les ciseaux les parties molles qui environnent le point où l'on a laissé une petite portion du kyste.

La tumeur est ensuite examinée ; c'est un kyste séreux à l'intérieur et contenant une véritable matière mélicérique dans laquelle le chirurgien croit apercevoir quelques poils.

Ensuite, le chirurgien donne les conseils suivants : on ne pansera la malade que dans une demi-heure pour prévenir toute hémorrhagie, et on rapprochera exactement les lèvres de la plaie, et, s'il survenait quelque difficulté de respirer, quelque signe d'inflammation, qui pourrait, en se propageant vers la glotte, mettre la vie en danger, une large application de sangsues sera faite aussitôt.

Ainsi, le diagnostic était juste en ce sens que la tumeur était enkystée, mais il était erroné en ce point que le kyste contenait, non une matière liquide filante, comme dans les kystes séreux (le chirurgien avait diagnostiqué une tumeur de cette nature), mais une matière concrète que cependant sa nature albumineuse rapproche de la première.

Observations II et III.

Deux cas de kystes dermoïdes médians du cou.

(P. Broca, *Traité des tumeurs*, Paris, 1869, t. II, page 79, notes 1 et 2.)

1° Cette observation a été recueillie sur une petite fille de 10 ans, que j'ai traitée, en 1863, à la consultation de la Salpêtrière. C'était le premier cas de ce genre que j'observais, et je crus qu'il s'agissait d'un kyste séreux. J'essayai donc de le traiter par le séton filiforme. Lorsque le séton fut enlevé, je fis sortir par la pression une petite quantité de matière grumeleuse, semblable à celle des kystes sébacés ordinaires. Malgré l'emploi prolongé des injections d'iode, et malgré plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent et avec le fil galvano-caustique, le kyste a récidivé. Les parents n'ont voulu consentir ni à l'incision, ni à l'extirpation, et j'ai perdu l'enfant de vue.

C'était vers l'âge de 6 ans que la présence de cette tumeur avait été reconnue ; elle était alors grosse comme un haricot, et elle s'accrut si lentement que, lorsque je la vis, quatre ans plus tard, elle n'avait que le volume d'une noisette. On ne repoussera pas d'une manière absolue l'idée que ce kyste fût congénital, si l'on songe que, profondément caché sous les muscles thyro-hyoïdiens, entre la saillie de l'os hyoïde et celle du cartilage thyroïde, il a pu exister longtemps avant d'attirer l'attention des parents de l'enfant. Toutefois, il est fort possible, il est même probable, que le kyste n'existait pas au moment de la naissance, mais seulement la cavité dermoïde où il s'est développé plus tard, par suite de l'accumulation des produits épithéliaux sécrétés par la membrane dermoïde. C'est ainsi que les kystes pilifères du sourcil ne paraissent souvent que plusieurs années après la naissance.

2° Le second cas de kyste dermoïde thyroïdien que Broca a observé, lui a été fourni par un jeune homme de 17 ans. La tumeur pour laquelle il venait réclamer les soins de ce chirurgien ne s'était manifestée que vers l'âge de 13 ans. La tumeur, qui était grosse comme un œuf de poule, fut disséquée et extirpée sous l'influence du chloroforme, et on trouva plusieurs poils au milieu de la masse de matière sébacée qui la remplissait.

Il y avait plusieurs minutes que l'opération était terminée et que l'inhalation de chloroforme était suspendue, quand la respiration cessa tout à coup. Malgré les soins les plus énergiques et les plus persistants, l'opéré ne put être rappelé à la vie.

Ce fait s'est passé, le 31 octobre 1865, à l'hôpital Saint-Antoine.

Observation IV.

Kyste dermoïde thyro-hyoïdien.

(*Bordeaux médical*, 1re année 1872, 25 août, n° 27, page 211.)

Un jeune homme de 18 ans, portant une tumeur à la face antérieure du cou, s'est présenté à l'hôpital pour se soumettre à une opération. Il raconta que ses parents avaient vu *cette tumeur six mois après sa naissance*. Depuis ce moment, elle avait grossi lentement, sans jamais amener de douleurs violentes.

Cette tumeur arrondie, du volume d'une petite pomme, sans changement de couleur à la peau, était molle, peu distendue, semi-fluctuante, sans transparence. Située exactement sur la ligne médiane, entre l'os hyoïde et les premiers anneaux de la trachée, elle était adhérente aux parties profondes, et suivait les mouvements du larynx pendant l'acte a déglutition.

Une ponction, faite à l'aide d'un appareil aspirateur, donna issue à une matière épaisse, blanchâtre, analogue à celle contenue dans les loupes. Dès lors, l'extirpation fut décidée.

En disséquant de chaque côté, après avoir fait une incision verticale médiane, on vit que le kyste, recouvert par les muscles thyro-hyoïdiens, s'étendait jusque sur la membrane de ce nom. En ce point, l'opération devint plus délicate et les ciseaux durent être portés jusque sous l'os hyoïde, qu'on fut obligé de racler. Le kyste put être enlevé tout entier sans avoir été ouvert, et l'opération en fut facilitée d'autant. Un kyste, dont la paroi est entamée durant l'opération, donne, en effet, comme on dit vulgairement, du fil à retordre.

C'était un type de kyste dermoïde, avec une première enveloppe fibreuse et une paroi interne semblable à la peau, présentant un grand nombre de poils soyeux et blanchâtres, les uns implantés directement sur la paroi, les autres libres dans la cavité remplie d'une matière grasse ressemblant à de la crème épaissie.

Le malade est sorti, parfaitement guéri, quinze jours après l'opération.

Observation V.

Kyste dermoide médian thyro-hyoïdien.

(Heurtaux, *Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. pratiques*, t. XIX, page 753, à l'art. kystes, 1874).

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, auquel j'avais eu l'occasion de pratiquer la staphylorrhapie, cinq années auparavant, pour une division congénitale du voile du palais, opération qui du reste avait parfaitement réussi. Ce jeune homme portait au cou, au niveau de la région thyro-hyoïdienne une tumeur molle, sans adhérence à la peau, ayant le volume d'une noix. La mère du jeune homme, interrogée au sujet de cette tumeur, m'apprit qu'elle s'en

était aperçue lorsque l'enfant avait un mois environ, mais qu'à ce moment la tumeur était à peine grosse comme une petite noisette. Depuis cette époque, la tumeur s'était accrue progressivement, et en définitive elle constituait une difformité fort désagréable, de sorte que ce jeune homme demandait à en être délivré, bien que cette production ne fût pour lui la source d'aucune gêne. La consistance était molle et fluctuante, la peau mobile et de couleur naturelle; mais quand on cherchait à faire mouvoir la tumeur sur les couches profondes, elle ne paraissait pas complètement libre, et dans les mouvements de déglutition, elle s'élevait en même temps que le larynx. La connaissance des deux faits publiés par Broca me fit penser à la possibilité d'un kyste dermoïde, d'autant plus que l'origine congénitale de la tumeur ne paraissait pas douteuse. Toutefois, après avoir tout préparé pour l'extirpation, dans le cas où le diagnostic serait confirmé, je fis dans la tumeur une ponction avec un trocart à hydrocèle, afin de reconnaître la nature du contenu : il s'échappa par la canule un peu de matière granuleuse, semblable à celle qui remplit les kystes sébacés et dermoïdes. L'extirpation fut donc pratiquée sur-le-champ, à l'aide d'une incision verticale. La peau et l'aponévrose cervicale ayant été divisées, la tumeur se montra à nu ; elle avait rejeté sur les côtés les muscles sterno-hyoïdiens et reposait sur la membrane thyro-hyoïdienne. A sa base elle adhérait par son pourtour à l'aponévrose d'enveloppe des muscles sterno-hyoïdiens, et profondément elle était intimement confondue avec le périoste du corps de l'os hyoïde.

Examinée après l'ablation, elle présenta un peu plus de quatre centimètres de diamètre, malgré la réduction de volume survenue pendant l'opération, à cause de la sortie, par l'ouverture du trocart, d'une portion du contenu. La paroi du kyste est mince ; le contenu très épais, blanchâtre, granuleux, est composé surtout de cellules épidermiques, mais renferme aussi un peu de matière grasse et quelques

poils, très fins et très courts. Ceux-ci sont en très petit nombre.

L'opéré se rétablit parfaitement.

Observation VI.

Kyste dermoïde de la région hyoïdienne.

(Panas, *Bull. Soc. de chirurg.*, 3e série, tome III, pag. 235, 1874).

Un jeune garçon de 20 ans vient à la consultation pour se faire enlever une tumeur qu'il présente à la face antérieure du cou, et sur laquelle il donne les renseignements suivants :

Il affirme qu'elle ne s'est produite que depuis deux mois, et que jamais personne ne l'avait remarquée auparavant. Elle ne lui cause du reste aucune douleur, à peine un peu de gêne dans les mouvements de la région.

C'est parce qu'il a remarqué qu'elle grossissait un peu dans ces derniers temps qu'il veut la faire enlever. La tumeur est à peu près du volume d'un œuf de pigeon ; elle siège exactement sur la ligne médiane au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne, et occupe précisément le point où se développent les kystes de cette membrane ; elle suit exactement les mouvements d'élévation du larynx dans les efforts de la déglutition, et adhère par conséquent aux parties profondes. On remarque seulement cette particularité que la base se circonscrit d'une façon assez nette avec les doigts, ce qu'on n'observait pas de la même manière dans les kystes thyro-hyoïdiens. La tumeur est indolente et non adhérente à la peau.

La ponction est faite d'abord avec un trocart, et le liquide sortant avec peine, une petite incision est faite avec le bistouri. Il en sort un peu de liquide séreux, mélangé de matière sébacée, et, bientôt après, on extrait avec des pinces une

certaine quantité de cheveux assez longs et de couleur blonde, ce qui contraste avec la couleur actuelle des cheveux du malade, qui sont châtain foncé. La membrane du kyste est fort adhérente aux parties voisines, surtout à l'os hyoïde, et l'on ne peut en enlever que quelques lambeaux avec les pinces.

L'incision est maintenue ouverte pendant quelque temps, puis se ferme au bout de quinze jours environ. Mais la tumeur se remplit de nouveau et l'on est obligé de rouvrir la plaie recouverte par une croûte, pour en faire sortir le liquide constitué par du sang altéré. On y fait alors une injection de teinture d'iode, et malgré cela, près de trois mois après, l'affection n'est pas guérie et la plaie menace de devenir fistuleuse.

Observation VII.

Kyste congénital du cou.

(*Lyon médical*, 17 août 1879, t. XXXI, page 537).

Xavier L... (1), né à Sartillier (Ardèche), domestique, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, le 27 février 1879. Il est âgé de 23 ans, d'apparence robuste, il n'a jamais été malade. Rien du côté de l'hérédité.

Il vient à l'hôpital pour être débarrassé d'une petite tumeur de la grosseur d'une noix : lisse, molle, fluctuante ; elle est située à la partie médiane et antérieure du cou, un peu au-dessus du cartilage thyroïde. C'est à l'âge de onze ans qu'il se reconnut porteur de cette petite tumeur, qui avait alors le volume d'une noisette. Il n'en était nullement incommodé, et elle a grossi peu à peu sans amener de troubles ni de gêne

(1) Observation recueillie par E. Gironde, interne dans le service du Dr Letiévant, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

d'aucune sorte. Cependant, il nous raconte que pendant environ deux ans, et à peu près à l'époque où il s'est aperçu de cette tumeur, il salivait beaucoup et avait à chaque instant besoin de cracher.

En 1877, il y a donc deux ans, comme il lui était désagréable de garder cette tumeur, qui avait déjà acquis le volume d'une noix, il alla consulter un médecin qui lui fit séance tenante une ponction avec un trocart de la grosseur d'un porte-plume. Rien ne s'écoula par la canule de l'instrument ; ce n'est qu'après l'avoir retirée et par expression, qu'il fit sortir une substance jaunâtre, épaisse, s'écrasant sous le doigt. Le malade (dont le souvenir n'est pas très précis), croit que cette substance avait à peu près la consistance de la confiture ; mais une chose, qu'il se rappelle très bien et qui l'étonna beaucoup, c'est qu'il sortit en même temps un poil long de 3 à 4 centimètres. Après expression complète de la tumeur, on lui fit une injection de vin sucré.

Six mois après, le kyste avait repris son volume primitif, et une nouvelle ponction donna issue à un liquide de même nature que lors de la première opération. Cette fois, on lui fit une injection de teinture d'iode.

Pendant quelque temps le malade se crut guéri ; mais peu à peu la tumeur grossit de nouveau, et, un an après, il n'était pas plus avancé qu'avant son opération.

Actuellement, nous trouvons une tumeur molle, lisse, fluctuante, de la grosseur d'une noix, sous-cutanée, située entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, immédiatement au-dessus de l'échancrure de ce cartilage. Au dire du malade, elle n'a jamais été plus volumineuse, elle avait seulement un peu plus de consistance avant la première ponction. La peau n'est nullement altérée et glisse facilement au-dessus ; on voit sur la ligne médiane une petite cicatrice, trou des anciennes ponctions ; de cette cicatrice et allant à la tumeur, part un petit cordon dur. Cette tumeur est à peu près arrondie, peut-être un peu plus longue dans le sens vertical ; elle

recouvre la face antérieure du corps de l'os hyoïde, et descend jusqu'au cartilage thyroïde, mais sans avoir aucune connexion avec lui ; elle est pédiculée, mais il est assez difficile de préciser son point d'implantation : tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elle paraît complètement indépendante du cartilage et avoir son point d'implantation sur la partie antéro-inférieure du corps de l'os hyoïde.

Le malade n'a jamais toussé, n'a jamais eu d'enrouement, et l'examen laryngoscopique ne fait rien découvrir.

On porte le diagnostic de kyste congénital, et le 15 mars, après avoir endormi le malade, on procède à l'opération. La dissection est laborieuse, la tumeur est très adhérente aux parties voisines, surtout près de la base, qui vient s'implanter sur l'os hyoïde; les connexions vasculaires sont peu considérables et la poche est enlevée sans avoir été ouverte. Les deux lèvres de la plaie sont réunies à l'aide d'épingles et d'une suture entortillée ; on ménage seulement à la partie déclive une petite ouverture pour placer un petit drain de caoutchouc. Pansement phéniqué.

Le kyste incisé donne issue à une matière blanchâtre, crémeuse, contenant des poils nombreux, et qui se dissout quand on y ajoute quelques gouttes d'ammoniaque. La poche présente en quelque sorte deux parois accolées : une externe plus épaisse, dure, résistante, et une interne peu adhérente à la précédente, plus mince, d'un blanc mat, et offrant des stries analogues à celles qu'on observe sur une peau macérée ; on trouve encore sur cette membrane interne et assez solidement implantés, un grand nombre de poils blonds, fins, et dont quelques-uns ont jusqu'à 4 centimètres de longueur.

Les suites de l'opération ont été très simples ; les épingles ont été enlevées le lendemain et il y avait réunion immédiate de la plaie. Pendant une huitaine de jours, il s'écoula par la plaie un liquide séro-purulent.

Le malade quitta l'Hôtel-Dieu le 31 mars complètement guéri.

Examen histologique fait par M. Chandelux, maître de conférences à la Faculté de Lyon.

Les parois de la poche durcies dans l'alcool, l'acide picrique, la gomme et de nouveau dans l'alcool, suivant la méthode classique, après avoir été étalées et fixées par des épingles sur une lame de liège pour éviter la rétraction, ont été soumises à des coupes régulières dirigées perpendiculairement à la surface.

Ces coupes, colorées au picro-carmin et montées dans la glycérine, nous permettent de distinguer les détails suivants : la trame est essentiellement constituée par du tissu fibreux du derme, mais s'en distinguant cependant par une condensation plus grande des faisceaux et par une vascularisation plus accusée. Il est à remarquer que la partie superficielle de cette trame fibreuse, dans le point où elle correspond au revêtement épithélial dont il sera question dans un instant *ne présente aucune papille. La surface est absolument planiforme et nulle part on ne rencontre de bourgeons papillaires.* Ce fait mérite d'être signalé, car on sait que chez le fœtus, jusqu'au sixième mois de la vie intra-utérine, le derme se termine par une surface totalement plane, les papilles n'apparaissant que plus tard. Il semble donc dans ce cas que la paroi formée aux dépens d'une portion de peau, invaginée pour ainsi dire au milieu des tissus, est restée jusqu'à cette époque et chez cet adulte, avec les caractères mêmes de la peau fœtale.

L'épithélium de revêtement, beaucoup moins développé que sur la peau normale, ne peut être distingué en ses différentes zones fondamentales. Il possède, de la façon la plus nette, sa couche de cellules génératrices et une partie du stratum de Malpighi, mais sans qu'il soit cependant possible de distinguer les cellules dites crénelées. La couche granuleuse fait défaut, et l'on voit immédiatement au-dessus du stratum

de Malpighi, une mince couche cornée tout à fait élémentaire dont les cellules constituent une mince couche, formant une pellicule, qui pouvait être aisément détachée. Ces cellules cornées, modifiées dans leur structure, ne se colorent pas en jaune, mais bien en rose par le réactif employé. En un mot, elles paraissent avoir subi, par le fait de la macération, une altération de leur protoplasma, qui n'offre plus cette résistance remarquable de l'épithélium corné vrai. Leur destruction incessante donnait lieu au produit accumulé dans l'intérieur de la cavité du kyste, et celui-ci examiné au microscope, a montré que ces débris cellulaires avaient les formes les plus variables.

Les différentes coupes n'ont pu arriver à passer par un des follicules des poils si nombreux implantés sur la paroi; nous ne pouvons donc dire quelles étaient les relations de ceux-ci avec les tissus dont ils dépendaient. En un point, nous avons aperçu une glande sébacée, tout à fait rudimentaire. *Quant aux glandes sudoripares, nous n'avons pu en découvrir aucune.*

Les vaisseaux, très développés dans tout le derme de la paroi du kyste, forment immédiatement au-dessous du revêtement épidermique une zone vasculaire très riche et dont les canaux ont un calibre volumineux. Cette vascularisation, que j'ai retrouvée dans tous les kystes dermoïdes que j'ai eus entre les mains, explique comment, à la suite de la malaxation prolongée, il peut se faire qu'une rupture vasculaire ait lieu, et que le contenu du kyste devienne sanguinolent. Elle explique ainsi les hémorrhagies, parfois abondantes, consécutives à l'opération ou survenant dans le cours de l'opération.

En résumé, il s'agit là d'un kyste dermoïde nettement caractérisé par un revêtement épidermique de la paroi. Nous ferons remarquer que, contrairement à ce qui a été reconnu par des histologistes dans des cas semblables de kystes congénitaux du cou, il n'existait nullement ni épithélium

cylindre à plateau, ni épithélium cilié, ni épithélium caliciforme; le revêtement est véritablement épidermique, et dans ses caractères, modifiés un peu il est vrai, on reconnaît nettement son analogie avec celui de la peau.

Observation VIII.

Kyste dermoïde du cou à la partie médiane dans l'espace thyro-hyoïdien.

(Observation inédite communiquée par le Dr Duménil).

Le malade (1), qui fait l'objet de cette observation, est un jeune homme d'une vingtaine d'années, qui s'est présenté à la consultation de l'Hôtel-Dieu de Rouen, au mois de juillet 1877, pour être débarrassé d'une petite tumeur qu'il portait à la partie antérieure du cou.

Il ne sait pas à quelle époque elle est apparue, mais il y a plusieurs années qu'il l'a remarquée.

Cette tumeur siège à la partie médiane du cou, dans l'espace thyro-hyoïdien; elle a le volume d'un petit œuf, elle est bien circonscrite, hémisphérique, fluctuante, indolente, et elle suit complètement les mouvements du larynx.

On fait une ponction avec l'aspirateur de Potain, et l'on se trouve en présence d'une matière de consistance d'axonge, d'une couleur blanc légèrement jaunâtre et parfaitement homogène. On ne peut vider le kyste qu'au moyen de lavages répétés avec de l'eau alcoolisée; et, le contenu étant complètement évacué, on fait dans l'intérieur de la poche une injection de teinture d'iode au tiers.

Cette injection détermina une inflammation assez vive dans les premiers jours qui la suivirent.

Huit jours plus tard, le contenu de la poche, qui avait suppuré, se fit jour par la plaie de la ponction. La fistule qui en résulta livra, à plusieurs reprises, passage à un poil, ce qui étonna beaucoup le malade.

(1) Frère jumeau de celui de l'observation suivante.

Le trajet fistuleux persista pendant cinq semaines, et finit par se cicatriser en laissant à sa place une petite tache rouge.

Cet homme a été revu le 3 novembre 1882, par M. le Dr Pétel, et il était réellement guéri depuis cinq ans.

Observation IX.

Kyste dermoïde situé sur la ligne médiane du cou, au niveau de l'espace thyro-hyoïdien. Persistance du kyste après une injection iodée et le drainage. Extirpation. — Guérison.

(Observation inédite, communiquée par MM. Pétel et Duménil).

Héb... (frère jumeau de celui de l'observation précédente), 22 ans, ouvrier fondeur, demeurant à Sotteville-lès-Rouen, vient dans les premiers jours de mai 1882 consulter, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, pour une petite tumeur du volume d'une noix, située sur la ligne médiane du cou, entre l'os hyoïde et le bord supérieur du cartilage thyroïde. Cette tumeur suit les mouvements du larynx; elle est fluctuante, indolente, sans rougeur ni œdème de la peau. Elle existe depuis plusieurs années, et devient, quoique très lentement, de plus en plus grosse. Cet homme ne saurait préciser l'époque à laquelle elle a débuté ; sa mère lui a raconté qu'à l'âge de 12 ans (il y a par conséquent dix ans) il avait déjà le cou gros.

Il désire vivement être débarrassé de cette petite tumeur qui, en raison de son siège, est très apparente, mais il ne veut pas entrer à l'hôpital.

Le 14 mai, M. Pétel pensant à un kyste séreux de la bourse pré-thyroïdienne, fit dans la tumeur une ponction exploratrice, avec l'aiguille fine de l'aspirateur de Potain ; après quelques secondes d'attente, on vit apparaître dans le

etit tube en verre, qui sert d'index, une matière épaisse, blanchâtre; puis l'écoulement s'arrêta sans que le kyste fût complètement vidé. Le trocart fut retiré, et la petite plaie fermée avec un peu d'ouate collodionnée.

En examinant de plus près la matière extraite du kyste, on vit qu'elle présentait tous les caractères du contenu des kystes dermoïdes du sourcil; elle était épaisse, blanc-jaunâtre, graisseuse; de plus, elle contenait un poil long de 3 centimètres environ.

Le malade raconta alors que son frère jumeau (observation précédente) avait eu au même endroit du cou un kyste dont le contenu était absolument pareil au sien, et qu'il en avait été guéri par M. Duménil, au moyen de lavages à l'eau alcoolisée, suivis d'une injection de teinture d'iode ; il ajouta que des poils étaient aussi sortis par la fistule, qui, chez son frère, avait persisté plusieurs mois après la ponction, et qu'il restait seulement à la place du mal une petite cicatrice rouge.

M. Duménil, à qui ce fait fut rappelé, se souvint immédiatement du malade qu'il avait opéré et voulut bien en rechercher l'observation : la guérison en effet était survenue à la suite d'injections iodées.

Malgré la rareté d'une guérison de kyste dermoïde par des injections iodées, ce traitement fut essayé sur le malade.

22 mai. La piqûre faite le 14 est cicatrisée, la peau est toujours mobile au-devant du kyste ; ni rougeur, ni douleur indiquant un travail inflammatoire. Le kyste s'est rempli de nouveau, mais il est moins tendu : la base de la tumeur est plus facile à circonscrire avec les doigts, comme si elle n'envoyait pas de prolongement sous-hyoïdien.

M. Pétel pratiqua l'opération suivante : incision médiane de la peau sur une étendue de un centimètre, de manière à mettre à nu la paroi du kyste ; ponction du kyste avec un trocart à hydrocèle, évacuation du contenu qui renferme encore deux ou trois poils blonds ; lavage de la poche avec

de l'eau alcoolisée, puis injection de teinture d'iode au tiers, laissée six minutes dans la cavité du kyste ; pansement simple. Le malade retourne chez lui.

Le 24. Un peu de douleur et de rougeur au niveau de la plaie, qui paraît fermée.

Le 28. Même état. La cicatrice est soulevée en un point limité, qui en pressant sur la poche, se rompt et donne issue à un liquide purulent contenant quelques grumeaux.

10 juin. La plaie cutanée est cicatrisée, mais le kyste, quoique affaissé, persiste.

9 juillet. Le malade désirant à tout prix être débarrassé de son affection, M. Pétel l'adresse à M. Duménil, qui pratique le drainage de la poche, en plaçant un petit tube de caoutchouc transversalement.

Cette opération détermina, dans les premiers jours qui la suivirent, un gonflement inflammatoire du cou, qui disparut rapidement.

15 août. Le malade revient à la consultation, parce que le drain est sorti du trajet le 13. Déjà le kyste tend à reparaître Les orifices fermés par une croûte sont facilement débouchés, et un autre drain est placé dans le trajet du premier.

9 septembre. De chaque côté du drain, gonflement du cou, du reste peu douloureux, et probablement occasionné par les pansements insuffisants, que faisait le malade. On recommande des soins de propreté.

25. Le gonflement a disparu depuis que les pansements sont faits avec plus de soin.

7 novembre. Le kyste persiste toujours.

M. Duménil en pratique l'extirpation sans anesthésie chloroformique. Une incision passant par les deux orifices du drain, transversale, met à nu l'intérieur du kyste. La paroi est saisie avec une pince à griffes et excisée lentement et en entier à petits coups de ciseaux. L'opération ne met à nu ni l'os hyoïde, ni le cartilage thyroïde ; néanmoins, elle est

assez délicate en raison de la profondeur à laquelle s'engage la paroi postérieure du kyste.

On ne fait pas de sutures ; pansement antiseptique.

11. La plaie est en bonne voie de cicatrisation ; aucun accident n'est résulté de l'intervention.

Le malade n'étant pas revenu se faire panser, il est probable que la guérison s'est faite complètement.

Examen histologique pratiqué par M. Vassaux, chef de laboratoire de la clinique ophthalmologique de la Faculté de médecine de Paris.

La pièce a été durcie dans l'alcool.

Sur des coupes, faites en différents endroits, avec coloration par le picrocarmin ou le carmin aluné de Grenacher, on voit que la paroi du kyste est formée par de la peau avec tous ses éléments constitutifs.

De dedans en dehors on trouve une couche d'épithélium pavimenteux stratifié, ayant tous les caractères de l'épiderme: couche cornée, stratum lucidum, stratum granulosum avec éléidine très évidente par le picrocarmin. La couche muqueuse de Malpighi, de beaucoup la plus épaisse, avec cellules crénelées et cellules prismatiques basales, présente de nombreuses altérations vacuolaires, témoignant d'une inflammation sous-jacente du derme. (Inflammation déterminée par les injections et le séton). Çà et là des éléments migrateurs dans l'interstice des cellules.

Le derme présente une couche papillaire très manifeste, dont le stroma est infiltré de nombreux éléments inflammatoires entourant les capillaires ; éléments inflammatoires que l'on rencontre du reste autour des vaisseaux du derme proprement dit.

Le derme avec sa constitution normale : faisceaux fibreux et élastiques, renferme :

1° De nombreuses glandes sébacées de volume variable avec poils ;

2° Des glandes sudoripares, couchées à la partie profonde,

non glomérulées, appartenant à la variété des glandes sudoripares, que l'on rencontre dans la paupière, c'est-à-dire des glandes de Moll. Sur des sections intéressant perpendiculairement les tubes, on constate de la manière la plus évidente une paroi propre, anhyste, épaisse, sur laquelle repose une couche de cellules fusiformes se présentant sous un aspect dentelé ; plus intérieurement une couche de cellules cylindriques ou cubiques, à protaplasma finement greuu, dont les prolongements basilaires s'intercalent dans les interstices des cellules fusiformes, décrites précédemment. La cavité des tubes est remplie d'une masse grenue formée par les produits de desquamation des cellules centrales.

3° Des amas des fibres musculaires lisses et striées, sans vaisseaux, ni tissu cellulaire intermédiaire, ayant subi l'altération albumineuse ; et sur un certain nombre de ces fibres, on peut encore trouver la striation transversale et des noyaux allongés suivant le sens de ces fibres, et témoignant bien qu'on est en face de fibres musculaires modifiées.

Le contenu n'a pas été examiné.

Observation X.

Kyste dermoïde thyro-hyoïdien. (Lannelongue et Achard.)

Bertrand (Marthe), âgée de quatre ans, salle Giraldès, n° 20, service de M. Lannelongue.

Cette enfant porte au-devant du cou une petite tumeur, exactement médiane et située au niveau de l'espace thyrohyoïdien. Elle a le volume d'une petite noisette et fait légèrement saillie sous la peau ; elle suit pendant la déglutition les mouvements du larynx, auquel elle semble adhérer par un pédicule. Elle ne détermine d'ailleurs aucune gêne fonctionnelle. C'est il y a quinze jours seulement, que cette tumeur a été remarquée, et depuis elle a un peu augmenté.

D'après les renseignements fournis par la mère, on ne connaît pas de vice de conformation dans la famille.

Le 18 avril 1885, la tumeur est mise à découvert au moyen d'une incision médiane et enlevée pas dissection. On sectionne en arrière le pédicule qui rattache la tumeur au larynx, et l'on cautérise ce pédicule au nitrate d'argent.

La paroi est mince, souple, blanchâtre et d'apparence cutanée. Elle contient une bouillie athéromateuse.

Examen histologique : la paroi est revêtue d'épiderme avec corps muqueux, stratum granulosum, pourvu de grains d'éléidine. Le derme sous-jacent contient des fibres musculaires lisses.

Des glandes sébacées sont annexées aux follicules pileux. On trouve en outre dans la paroi des tubes glandulaires qui appartiennent peut-être à des glandessudoripares.

CONCLUSIONS

1° Il existe dans l'espace thyro-hyoïdien des kystes dermoïdes congénitaux siégeant au niveau de la troisième fente branchiale.

2° Ils sont le résultat de l'enclavement d'une portion du tégument externe chez l'embryon.

3° Ils coïncident quelquefois avec d'autres anomalies de développement.

4° Comme tous les autres vices de conformation, ces kystes reconnaissent comme cause primordiale l'hérédité.

5° L'extirpation est le seul mode de traitement qui mette à l'abri de toute récidive, et nous sommes d'avis qu'il faut toujours la pratiquer dès que l'on est sûr de la nature dermoïde de la tumeur. Chez les malades pusillanimes, qui reculeraient devant l'opération, nous conseillons de pratiquer l'injection iodée.

Vu, le Président de la thèse,
PANAS.

Vu, bon et permis d'imprimer,
le Vice-Recteur de la Faculté de Paris.
GRÉARD.